

Renaissance für Betablocker nach Herzinfarkt

m -- Freemantle N, Cleland J, Young P et al. Beta blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. BMJ 1999 (26. Juni); 318: 1730-7
[\[LINK\]](#)

verhindern ist. Dies rechtfertigt den Einsatz bei den meisten Patientinnen und Patienten nach Infarkt, wobei die Kardioselektivität nicht entscheidend ist und Herzinsuffizienz sowie chronische Bronchitis bei entsprechender Vorsicht keine Kontraindikationen mehr darstellen.

Michel Zuber

Studienziele

Die Autoren setzten sich das Ziel, anhand der publizierten Daten den Stellenwert der Betablocker in der Ära von Thrombolyse und invasiver koronarer Reperfusionstherapie neu zu analysieren. Ferner wollten sie klären, ob es zwischen den einzelnen Substanzen Unterschiede in der Wirksamkeit gibt und ob es zusätzliche Vorteile bringt, Betablocker früh intravenös zu geben.

Methoden

In einer Metaanalyse wurden alle randomisierten Studien ausgewertet, in denen nach einem Myokardinfarkt während mindestens 2 Tagen Betablocker gegeben und hinsichtlich der Mortalität mit einem anderen Medikament oder mit Placebo verglichen worden waren. Die Analyse erfolgte separat nach kurzdauernden Studien (Tage bis Wochen) und langfristig angelegten Studien (mindestens 6 Monate).

Ergebnisse

Bei 24'974 Männern und Frauen in den 31 Langzeitstudien bewirkte der Betablocker eine Reduktion der Mortalität nach Myokardinfarkt um hochsignifikante 23%, wogegen die Zusammenfassung der 51 Kurzzeitstudien mit 29'260 Kranken keine signifikante Senkung der Todesfälle ergab. Am besten ist der Nutzen von Propranolol (Inderal® u.a.), Metoprolol (Lopresor® u.a.) und Timolol (Blocadren®) dokumentiert, während Betablocker mit intrinsischer sympathomimetischer Aktivität wie Oxprenolol (Trasicor®) oder Pindolol (Visken®) wahrscheinlich nutzlos sind. Der Effekt von Atenolol (Tenormin® u.a.) ist infolge zu kleiner Patientinnen- und Patientenzahlen nicht beurteilbar; kardioselektive Betablocker schnitten nicht besser ab als nicht-selektive. Wenn Betablocker zusätzlich zu Thrombolyse und invasiver Reperfusion gegeben wurden, waren sie ebenso wirksam wie im gesamten Kollektiv. Ein früher Behandlungsbeginn mit intravenöser Betablockade in der Akutphase brachte zwar eine Verminderung schwerer Arrhythmien, aber keine Verbesserung der Langzeitergebnisse.

Schlussfolgerungen

Um in den ersten zwei Jahren nach Myokardinfarkt einen Todesfall zu vermeiden, muss man 42 Personen mit Betablockern behandeln. Nach Herzinfarkten werden Betablocker wahrscheinlich zu zurückhaltend eingesetzt.

Der Artikel beweist den Jahre anhaltenden Nutzen der Betablocker (ohne intrinsische Aktivität) in der Sekundärprophylaxe nach Infarkt bezüglich Tod und Reinfarkt, wobei ein Todesfall mit einer Behandlung von 42 Personen während 2 Jahren zu